

수혜자 이름		소셜시큐리티 번호	
성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일		전화번호
부모/정규 간병인의 이름		수혜자의 관계	
주소		시	주 우편번호
(소득세 신고서 1040 양식, 제 22 라인에 있는 내용을 사용해 아래 질문에 답할 수 있습니다. 18세 이상의 개인은 자신의 소득만 기재하십시오).			
연간 가족 총소득		가족 수	
자택 내에 함께 거주하는 가족 전체 구성원의 나이와 수혜자와의 관계를 기입하십시오. (여백이 더 필요하면 이 용지 뒷면에 기입하십시오)			
이름	나이	수혜자와의 관계	
수혜자의 장애			
수혜자의 장애 확인:			
<input type="checkbox"/> 발달 지연	<input type="checkbox"/> 정신박약	<input type="checkbox"/> 뇌성(소아)마비	
<input type="checkbox"/> 다훈 증후군	<input type="checkbox"/> 자폐증	<input type="checkbox"/> 간질	
<input type="checkbox"/> 기타 신경계 혹은 중추 신경계 장애: _____			
<input type="checkbox"/> 기타 증세 혹은 진단: _____			
<input type="checkbox"/> 체중이 40파운드보다 낮으며 안아 올려 줄 필요가 있음.			
의견			
간병인의 염려사항			
정규 간병인으로서 장애자를 돌보는 데 현재 문제가 되는 사항을 아래에서 골라 체크하십시오.			
<input type="checkbox"/> 독신(혼자서 장애자를 키우는) 부/모			
<input type="checkbox"/> 장애자를 두 명 이상 돌 봄			
<input type="checkbox"/> 현재 신체적으로 혹은 정신적으로 문제가 있음			
<input type="checkbox"/> 현재 건강상으로 혹은 감정적으로 문제가 있음			
<input type="checkbox"/> 간병일로 밤에 숙면을 5시간 미만으로 취함			
상기의 내용은 본인이 아는 바로는 진실하며 정확합니다.			
법적 대변인의 서명		날짜	